# ANEMIE ET GROSSESSE

EPH HACEN BADI
DR. T.AIT MOUHEB

# INTRODCUCTION

- Pathologie de fréquence et gravité variable.
- 10 -30% des f.enceintes dans les pays industrialisés
- 40-80% dans les pays en voie de DVPT(en particulier Afrique sahélienne).
- Fréquence élevée (d'origine ferriprive).
- D'autres étiologies sont possibles.
- Diagnostic et P.E.C +++ → Diminué le risque de RCIU et transfusionnel.

# DEFINITIONS

- L' A. de la grossesse :

  Un taux d 'HB ,inf [ **- 11 gr/dl. T1-T3.**
  **-10,5gr/dl. T2** ]

- Diminution , due à une hémodilution physiologique.
- La carence martiale implique que la quantité totale de fer dans l'organisme est diminuée.
- Le Dg. Repose sur une ferritinémie < 20 µg/l.
- La carence martiale évolue en plusieurs étapes et peut aboutir à **une A. microcytaire** si le déficit en fer n'est pas corrigé.

# ETIOLOGIES

- **LES A. NUTRITIONNELLES**:
  - Carence en fer .
  - Carence en Vit. B 12 ou en AC. Folique.
- **LES A.POST-HGIQUES**:
  - Aigues.
  - Chroniques.
- **LES A. HÉMOLYTIQUES**:
  - Corpusculaires.
  - Extra-corpusculaires.
- **LES INSUF. MÉDULLAIRES**:
  - Quantitatives.
  - Qualitatives.
- **LES A. SECONDAIRES** :
  - Maladie chronique.

# POURQUOI S’INTERRESSER À L’ANÉMIE MATERNELLE

- Peu d’intéret , souvent banalisée.
- Augmentation des besoins en fer liée à la gestation.
- Inadéquation des besoins qui apparaissent insuffisants en quantité et/ou en qualité.
- CONTRADICTION (11g d’HB àl’acct)

pertes sanguines+ pte anémiée = complications graves (hypotrophie fœtale et prématurité).

# QUELS SONT LES BESOINS EN FER AU COURS DE LA GROSSESSE

- Répartis de façon inégale tout au long de la grsse.
- Particulièrement importants au T2-T3.
- Le volume sanguin circulant augmente ≈ 1200ml ( 800ml de plasma et 400ml de masse globulaire ) = HEMODILUTION.
- Une alimentation normalement équilibrée n'apporte que 10-15 mg de fer par jour dont seulement 10 –30% sont absorbés en f(x) de :
  - ✓ composition des repas.
  - ✓ Taux d'absorption intestinale lié à l'épuisement des réserves .

# BESOINS EN FER

| MASSE ERYTHROCYTAIRE | T1 | T2 | T3 | Total |
|---|---|---|---|---|
| Fer fœtal | ======= | 250 | 250 | 500 mg |
| Fer placent | ======= | 60 | 230 | 290 mg |
| Déperdi physio | 80 | 80 | 80 | 240 mg |
| **Total** | 80 | 390 | 585 | 1055 mg |

# Conséquences de la carence en fer sur la santé maternelle

- **Le fer** intervient dans **la synthèse de la myoglobine** et de nombreuses enzymes ↔ mécanismes d’oxydation cellulaire.
- **La diminution de synthèse de myoglobine** ↔ la fatigabilité et la diminution de la capacité à l’effort.
- **La diminution de l’activité des myoperoxydases** ( GB ) altère les mécanismes immunologiques à médiation cellulaires et favorise **les infections**.
- **L’altération des enzymes fer dépendantes** peut occasionner une atteinte tissulaire multiple: peau, phanères et muqueuses.
- **La CM. Augmente le Nbre de mitoses** ↔ la production des GR plus petits (microcytose VGM <80 ) et également moins chargés en Hb (hypochromie )

# Conséquences de l'A. sur la grossesse

- Infections à répétition.
- MAP et Accouchement Prématuré.
- RPM.
- RCIU.
- Pré-eclampsie.
- Dystocie dynamique pendant W.
- Risque élevé d'Hémorragie de la délivrance.

# Comment diagnostiquer la CM ?

- Une baisse de ***la ferritinémie*** est la 1° anomalie biologique qui apparait lors d'une carence en fer.
  - ❖ Stable, non modifiée par une ingestion récente de fer.
  - ❖ Semble refléter le niveau des résèrves en fer de façon sensible et quantitative.
- Le fer sérique et la capacité totale de fixat° de la transferrine (CTFT ) déterminent la saturation de la transferrine.
- Un coef. de saturat° de la transferrine diminué signifie un apport insuffisant de fer aux tissux ; c'est le 2° paramètre modifié quand une CM s'installe

# Diagnostic étiologique de l'anémie pendant la grossesse

❖ **ANÉMIE FERRIPRIVE**: anémie + carence martiale (ferritinémie < 12µg/l)

❑ **Les facteurs de risque sont :**

- les grossesses multiples ou rapprochées,
- l'adolescence,
- les ATCD d'anémie ferriprive, gravidique ou non.
- la géophagie : l'argile absorbée, empêche l'absorption intestinale du fer ↔ carences martiales sévères.

❑ **Microcytaire** (VGM < 80 µ3), mais parfois normocytaire (80 < VGM< 100 µ3) si anémie récente.

❖ **ANÉMIE NON FERRIPRIVE** : *voir le tableau ci-dessous*

# ANEMIES MACROCYTAIRES

- La cause la plus fréquente = **carence en folâtes.**
- Anémie **arégénérative (**réticulocytes < 100 000/mL).
- Une anémie **mégaloblastique** chez **2 à 5** % des femmes enceintes dans les pays industrialisés, jusqu'à **25** % dans les pays en développement .
- Les facteurs de risque sont :

  -tabac, l'alcool, les carences alimentaires, les grossesses multiples et les grossesses chez les adolescentes.
- Le premier élément d'orientation= tx de réticulocytes.

# ANEMIE SEVERE

- Ou non corrigée par la prise de fer.
- Doser la ferritinémie:

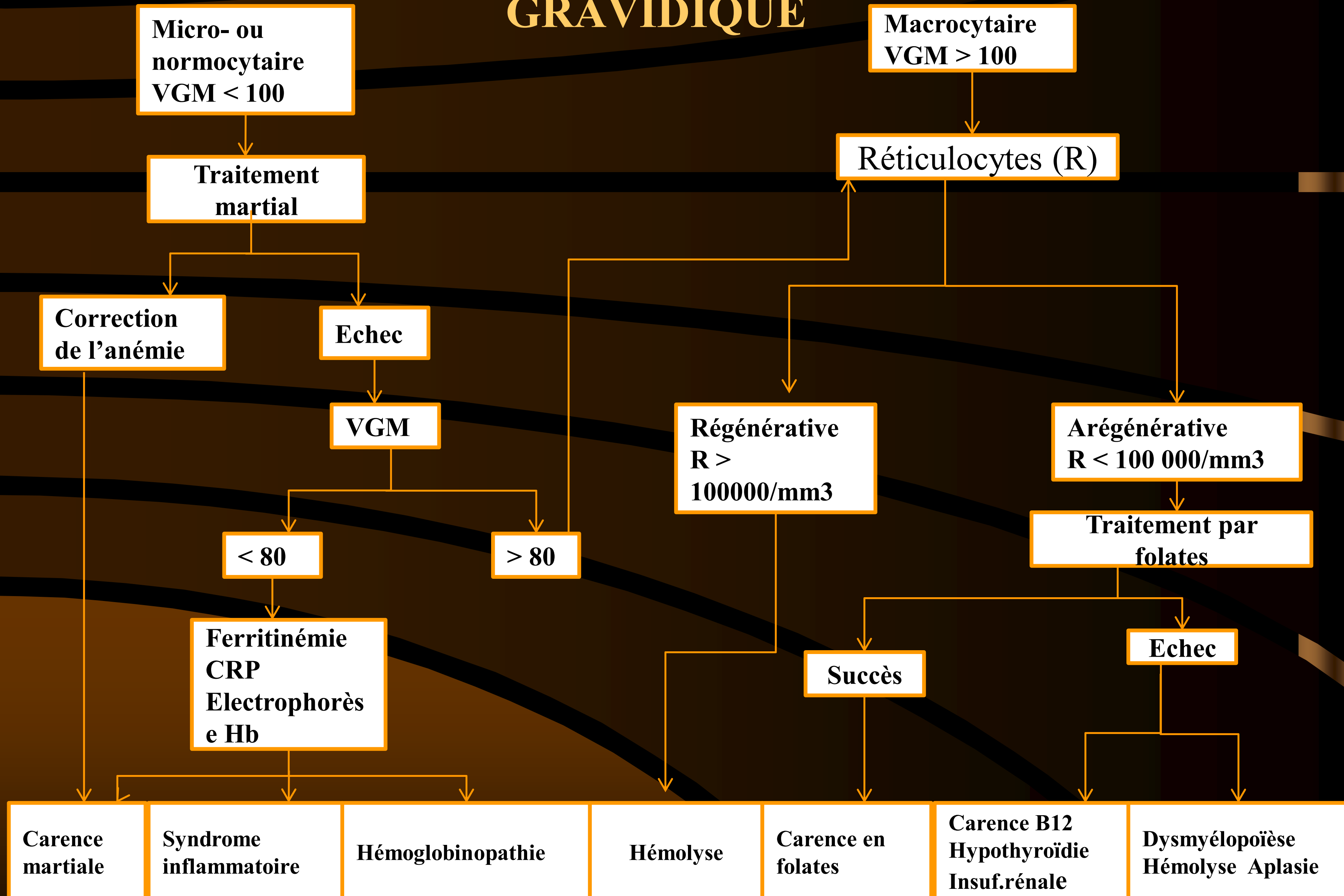
  - **Basse** → Mal observance du traitement
    → Autre cause d'anémie en DH de la Gsse

  - **Elevée** ⟹ Adresser la patiente en M. interne à la recherche d'autre pathologie.

- Signes cliniques tumoraux hémorragiques, d'antécédents particuliers ou d'anomalies des autres lignées ⟹ HEMATOLOGUE OU INTERNISTE.

# ELEMENTS EVOCATEURS D'UNE ANEMIE NON FERRIPRIVE

| |
|---|
| **Antécédents personnels ou familiaux d'hémopathie** |
| **Syndrome tumoral hématologique : hépato-splénomégalie, adénomégalies.** |
| **Ictère** |
| **Syndrome inflammatoire (fièvre, amaigrissement), signes d'hypothyroïdie** |
| **Macrocytose (VGM > 100 µ3).** |
| **Anomalies associées des autres lignées : cytopénie ou cytoprolifération (en tenant compte de la thrombopénie et de l'hyperleucocytose physiologiques** |
| **Anémie sévère d'emblée (Hb < 9 g/dL).** |


STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE ANÉMIE GRAVIDIQUE
Micro- ou normocytaire VGM < 100
Traitement martial
Correction de l'anémie
Echec
VGM
< 80
> 80
Ferritinémie CRP Electrophorès e Hb
Macrocytaire VGM > 100
Réticulocytes (R)
Régénérative R > 100000/mm3
Arégénérative R < 100 000/mm3
Traitement par folates
Succès
Echec
Carence martiale
Syndrome inflammatoire
Hémoglobinopathie
Hémolyse
Carence en folates
Carence B12 Hypothyroïdie Insuf.rénale
Dysmyélopoïèse Hémolyse Aplasie

# LES ANEMIES DU POST-PARTUM

- **Rechercher les facteurs favorisants.**
- **Elaborer un protocole de prévention.**

# DEFINITION

- **Taux d'HB < 10 g/dl** .
- Son dépistage ⟶ 48h après l'accht.
- Aux modifications hématologiques s'ajoutent les déperditions physiologiques dues à l'accht. (<500cc).

# FACTEURS PRÉDISPOSANTS

- Anémie gravidique.
- Gsse Xple.
- Césarienne
- Délivrance pathologique.
- W lent.
- W rapide.
- Durée des efforts expulsifs > 10 min.
- Recours à l'extraction instrumentale ( forceps, ventouse ).
- Lésions périnéales.

# PRÉVENTION DE L'ANÉMIE DU POST-PARTUM

## ➢ PREVENTION Iaire:

Dès le début de la grosse:

- ✓ Dépistage de l'anémie et sa supplémentation:
  - « **100-200mg/j fer**
  - « **5-15 mgr/j folates**
- ✓ Ferritinémie ( stock):
  - « si < 50 microgr Insuffisant
    supplémentat° prophylactiq 30 à 60 mgr/j
  - « si < 12 microgr : nul
    supplémentation thérapeutiq : 200 mgr/j fer
    15mg/j folates
- ✓ RHD: - Alimentation équilibré et riche en vit C.
  - Limiter boisson à base de théine, caféine.

# ➢PRÉVENTION IIAIRE

- ❖Repérer les situations à haut risque .
- ❖ Pratique de la D. dirigée.
- ❖ Ocytociques utérotoniques.
- ❖ Suture rapide de déchirures périnéales .

# ➢Prévention IIIaire

- ❖ FNS dans le PP et TRT en F(x) de la clinique et Tx Hb.
- ❖ Contrôle FNS et Ferritine 6 -8 sem après accht.
- ❑ La prévention tertiaire de l'anémie du post-partum s'étend au delà de l'aspect médical, et demande tout un travail d'équipe avec une communication adéquate entre les différents intervenants pour préserver le lien mère-enfant.

# COMMENT CORRIGER L’ANEMIE

| | HB inf 9.5g/dl | 9.5 HB entre 10.5 ou 11g/dl |
|---|---|---|
| Grossesse physiologique:<br>- avant 35 SA<br>- après 35 SA | Fer PO(2x/J) ou I.V<br>Fer I.V | Fer PO<br>Fer I.V |
| Risque d’HDD | Fer I.V | Fer I.V |
| Intolérance digestive | Fer I.V | Fer I.V |

# Apport en folates

- ❖ Pendant la grossesse, les apports journaliers recommandés en folates sont de 400 µg/jour.
- ❖ De plus, les folates sont nécessaires à la synthèse de l'hémoglobine stimulée par les apports en fer.
- ❖ Les carences en folates et fer sont souvent associées.
- ❖ On recommande, en cas d'anémie, l'apport conjoint de folates **: (1 mg/j) fer (60 mg/j)**

# Protocoles d'utilisation du Fer I.V

- *Notre expérience au sein du service de G.O de l'EPH Hassen Badi:* ***VÉNOFER***

  ***03 ampoules de 100mg chacune à diluer dans 300ml de SSI renouvelables 48H après.***
- Pas de relai per os immédiat.
- NFS de contrôle à 10 jrs (crise réticulocytaire*)+/-*Ferritinémie à 03 mois*.*
- Correction par du FER per os : NFS à 1 mois.

# *CONCLUSION*

- L'anémie est fréquente au cours de la grossesse et sa recherche par une numération formule sanguine est recommandée systématiquement.
- Recherche au **01er** trimestre de la grossesse plutôt qu'au **6e** mois.
- La Carence martiale, étiologie la plus fréquente, est souvent préexistante à la grossesse.
- L' anémie peut être le signe d'appel d'une maladie générale dont la prise en charge précoce peut améliorer le pronostic maternel et fœtal.
- En pratique, il est nécessaire d'établir un consensus dans chaque maternité à partir du protocole de prévention de l'anémie du post-partum